



POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL





POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

Elaborada por la Comisión Andina de Salud Intercultural y aprobada según
Resolución XXXIV REMSAA/490

2014

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL / Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2014.
46 p.; ilus.
POLÍTICA DE SALUD / SALUD PÚBLICA / SALUD INTERCULTURAL / LÍNEAS ESTRATÉGICAS/ Enfoques/ derechos sociales/indígenas/afrodescendientes/principios/FINANCIAMIENTO

Setiembre, 2014

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2014 - 14194

Comité Editorial:

Dra. Caroline Chang Campos, Secretaria Ejecutiva ORAS – CONHU

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes, Secretario Adjunto ORAS – CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y

Cooperación Internacional ORAS – CONHU

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2014

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Tel.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Impreso en Mercedes Group S.A.C.

Jr. Callao 615 - Lima / Telf.: 719-2782

Tiraje: 200 ejemplares

Primera Edición, 2014

El contenido de este documento ha sido elaborado por la Comisión Andina de Salud Intercultural del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

Puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Esta publicación ha sido realizada y financiada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Dr. Juan Carlos Calvimontes
MINISTRO DE SALUD DE BOLIVIA

Dra. Helia Molina Milman
MINISTRA DE SALUD DE CHILE

Eco. Alejandro Gaviria Uribe
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Eco. Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR

Eco. Midori de Habich Rospigliosi
MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

Dra. Nancy Pérez Sierra
MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Caroline Chang Campos
SECRETARIA EJECUTIVA

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
SECRETARIO ADJUNTO

COMISIÓN ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

Alberto Camaqui Mendoza, Ministerio de Salud de Bolivia
Margarita Sáez Salgado, Ministerio de Salud de Chile
Gina Carrioni Denyer, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
Myriam del Rocío Conejo Maldonado, Ministerio de Salud Pública de Ecuador
Osvaldo Salaverry, Ministerio de Salud de Perú
Yaneth Ypuana, Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

ÍNDICE



ÍNDICE

PRESENTACIÓN RESOLUCIÓN REMSAA XXXIV/490

1	INTRODUCCIÓN	9
2	JUSTIFICACIÓN	15
3	ENFOQUES	21
4	PROPÓSITO	25
5	ALCANCE	25
6	OBJETIVO	29
7	PRINCIPIOS	29
8	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	33
9	IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO	39
	GLOSARIO	40
	BIBLIOGRAFÍA	41

PRESENTACIÓN

En los últimos años, los Ministerios de Salud de la subregión andina han reconocido el valor y la trascendencia de los saberes y prácticas de los pueblos originarios, así como la necesidad de incorporarlos a los sistemas de salud para garantizar el acceso universal y el derecho a la salud. A través de las Resoluciones REMSAAXVII/417 de marzo de 2006, y REMSAAXVIII/438 de marzo de 2007, se dispone la constitución de la Comisión Andina de Salud Intercultural y la elaboración del Plan Andino de Salud Intercultural, constituyéndose en una línea estratégica, transversal a todas las actividades del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

El Plan Andino de Salud Intercultural fue elaborado con la perspectiva de que el enfoque intercultural garantice un abordaje de la salud basado en el reconocimiento a la diversidad, en el diálogo y encuentro de saberes, y en el respeto a la dignidad de los pueblos originarios y el cumplimiento de su Derecho a la Salud. Estableciendo acciones orientadas a reconocer e incorporar aspectos de la medicina tradicional, en el proceso de atención de salud, valorando la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad; perspectiva que busca articular las prácticas de la medicina tradicional y de la medicina occidental; así como, disminuir brechas de acceso a los servicios de salud.

Múltiples experiencias exitosas sobre promotores de salud, facilitadores interculturales, interacción con la medicina originaria, atención del parto con pertinencia cultural y otros, han permitido vislumbrar una política sanitaria diferente e incluyente. No obstante es necesario que el enfoque intercultural se integre en los modelos de salud existentes como un eje transversal que contribuya a velar los derechos de las poblaciones originarias de los países andinos y que permita a la población acceder a lo mejor de estas dos medicinas.

En cada sistema de salud y modelo de atención lo importante es que la transversalización del enfoque intercultural tenga marcada la inclusión social, que no existan diferencias de razas, ni de etnias, ni colores, que no existan diferencias culturales, que se puedan romper realmente las barreras de acceso y la única forma de hacerlo es con el reconocimiento de que existen también otros saberes, de que existe una medicina tradicional que por siglos ha sido la medicina que nos ha cuidado y protegido.

La Comisión Andina de Salud Intercultural cumpliendo con el encargo de los Ministros de Salud de elaborar una Política Andina de Salud Intercultural desarrolló el presente documento, el mismo que contribuirá con la revaloración y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena, en complementariedad con la medicina occidental; asimismo permitirá armonizar, complementar o desarrollar políticas nacionales integrales y planes de acción que beneficien a estos pueblos históricamente marginados de sus derechos humanos fundamentales.

Dra. Caroline Chang Campos
Secretaria Ejecutiva
ORAS - CONHU



Galápagos, Ecuador, 27 de marzo de 2014

Resolución REMSAA XXXIV/490

POLÍTICA ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

1. Que con Resolución REMSAA XXVII/417, emitida en Bogotá, Colombia el 31 de marzo del 2006, los Ministros de Salud ratifican la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural, aprobándose el Plan Andino de Salud Intercultural, mediante Resolución REMSAA XXVIII/432 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia el 30 de marzo del 2007.
2. Que con Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, emitida en marzo del 2011, los Ministros instruyen a la Comisión Andina de Salud Intercultural a que elabore la Política Andina de Salud Intercultural.
3. Que en reunión de la Comisión Andina de Salud Intercultural, llevada a cabo en Ciudad de Panamá, Panamá los días 17 y 18 de septiembre del 2013, se identificaron las líneas generales de la Política Andina y se estableció la hoja de ruta para la elaboración de la misma.

Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina de Salud Intercultural.
2. Encargar a la Comisión Andina de Salud Intercultural, la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Acción de la Política Andina, de manera conjunta con la Secretaría Ejecutiva del ORAS/CONHU y con el apoyo de agencias y/o instituciones de cooperación.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXIV Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Galápagos, Ecuador, el 27 de marzo de 2014.

CARINÁ VANCE MAFLA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR
PRESIDENTA DE LA XXXIV REMSAA

CAROLINE CHANG CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE

1 INTRODUCCIÓN





1 INTRODUCCIÓN

Los Ministerios de Salud de la subregión andina, agrupados a través del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), han incorporado como un componente transversal en sus acciones la Interculturalidad en Salud. Reconocen así su diversidad cultural y la necesidad de enfrentar las desigualdades persistentes en la situación de salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, respecto al resto de la población.

En este marco, el ORAS - CONHU a fines del 2005, constituyó la Comisión Andina de Salud Intercultural¹, ratificada mediante Resolución REMSAA XXVII/417 de marzo del 2006; a la cual le encarga posteriormente formular la propuesta de Plan Andino de Salud Intercultural, que fuera aprobado a través de la Resolución REMSAA XXVIII/432, de marzo del 2007.

Considerando que los conocimientos y prácticas en salud son parte del patrimonio cultural de los pueblos, su reconocimiento ha estado presente en los mandatos de los Ministros de Salud de la subregión andina, y en el trabajo realizado por la Comisión Andina de Salud Intercultural, valorando los aportes de la medicina tradicional en el proceso de atención de salud. Se responde así a las demandas que los propios pueblos han formulado en distintas instancias de diálogo con los Estados; y se recoge en el Objetivo 8 del Plan Andino de Salud aprobado en la IX Reunión de la Comisión Andina de Salud Intercultural² en el que se establece: “se habrá contribuido en la revaloración de la medicina tradicional indígena a través del desarrollo de marcos jurídicos que protejan y promuevan el fortalecimiento de la medicina tradicional indígena en complementariedad con los sistemas de salud oficiales”.

Muchos han sido los esfuerzos realizados en el marco del Plan Andino de Salud Intercultural, dirigidos a Pueblos Indígenas, como el diseño de un modelo de atención en Salud Intercultural bi nacional para la población indígena Wayuu en la frontera Colombo-Venezolana; y, el Proyecto “Pertinencia cultural en los programas de TBC con Población Aymara” en la triple frontera de Bolivia, Chile y Perú. Ambos han logrado un desarrollo sostenido e importantes resultados en sus diversos componentes.

¹ En respuesta a las recomendaciones emitidas durante REMSAA XXVI llevada a cabo los días 30 y 31 de marzo del 2005 en Santiago de Chile, en la cual se solicitó a los países la designación de puntos focales responsables de las acciones de interculturalidad de cada Ministerio de Salud.

² Acuerdos de IX Reunión de la Comisión Andina de Salud Intercultural, Maracaibo, Venezuela, julio 20 – 22 de 2009.



Por otra parte, en marzo del 2009, los Ministros de Salud de la subregión en el marco del análisis de temas relacionados con algunos determinantes sociales y promoción de la salud, resolvieron: “reconocer y valorar los avances logrados por la Comisión Andina de Salud Intercultural e instruir la continuidad en la implementación del mismo, incorporando a la población afrodescendiente en sus planes de trabajo, realizando las acciones correspondientes para establecer alianzas estratégicas que faciliten su implementación”³.

Surge así, el Subcomité Andino de Salud Intercultural para Afrodescendientes, que se constituye en el marco del I Congreso Internacional de Afrodescendientes realizado en Quito, Ecuador en octubre de 2011. La Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/5 del 6 de diciembre de 2011, instruye al ORAS - CONHU para que conjuntamente con el Subcomité se elabore el Plan Andino para Afrodescendientes. A partir de la I Reunión del Subcomité realizada en Bogotá, Colombia el 23 de agosto de 2012, se ha venido trabajado en la formulación del Plan Andino de Salud para Afrodescendientes.

Cómo parte de estos mismos procesos de fortalecimiento de las acciones en salud intercultural, se realizaron diversos encuentros, destacando la Reunión Técnica sobre Transversalización del Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna, convocada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Family Care International (FCI) realizada el año 2010⁴ en Quito, Ecuador. Dicho encuentro reunió experiencias de diversos países con el propósito de contribuir a lograr la progresiva incorporación de modelos regionales de atención a la salud materna con enfoque intercultural y de derechos en las políticas públicas de salud, entregando recomendaciones sobre estrategias normativas y programáticas para fomentar la adecuación cultural de los servicios de salud materna y del quehacer de los proveedores de salud para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en mujeres indígenas. Estas orientaciones fueron incorporadas en la Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas, realizada en Lima en Junio 2011.

El respeto a la diversidad y la pertinencia cultural también está incorporado en la Política Andina de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente⁵, en la cual se promueve la no discriminación, el enfoque de género y la equidad para acceder a un verdadero Desarrollo Humano.

³ REMSAA XXX/456, Lima, Perú, 31 marzo del 2009

⁴ Memoria de Reunión Técnica. Quito, 23 y 24 de Septiembre de 2010

⁵ Resolución REMSAA XXXIII/478. 2013



Es importante destacar que el Convenio 169 de la OIT ha sido ratificado por todos los países de la Subregión Andina, lo que impulsa el desarrollo de procesos participativos en todos los países; procesos en que se discuten políticas, planes y programas de salud intercultural, y se generan espacios de validación y de diálogos interculturales complejos y sostenidos. Los avances más importantes se observan con los pueblos indígenas (andinos y amazónicos) y afrodescendientes, no obstante, también se trabaja en algunos países con otros grupos a los que el derecho internacional les atribuye el carácter de pueblos indígenas o tribales.

Los Ministerios de Salud de la subregión andina han incorporado en su política general los enfoques de derecho, de interculturalidad y toman como base una perspectiva de determinantes sociales de la salud; esos mismos principios y enfoques se incorporaron en el Plan Andino de Salud Intercultural, antecesor inmediato de la Política Andina.

Por mandato de los Ministros de Salud a través de la Resolución XXVI REMSAA Extraordinaria/4, de marzo del 2011, se instruye a la Comisión Andina de Salud Intercultural, para que elabore la Política Andina de Salud Intercultural, la misma que incorpora un legado de trabajo entre los países andinos y expresa consensos fruto de debates y aprendizajes compartidos en la Comisión Andina de Salud Intercultural. Refleja también las particularidades que ha ido desarrollando cada país a través de diversos procesos en los que han alcanzado diversos grados de institucionalización en materia de Políticas, Planes y Programas de Salud Intercultural. En ese escenario se torna imperativo contar con definiciones comunes sobre conceptos y enfoques que darán mayor sustento a las líneas estratégicas definidas en el Plan Andino y que refuercen el camino iniciado en conjunto.

En este marco, este documento permitirá de modo consensuado orientar una ruta hacia el futuro y reforzar las estrategias desarrolladas en cada país en materia de elaboración de políticas públicas en salud basadas en amplios procesos participativos con los pueblos involucrados. Ese es el sustento principal del camino recorrido: nada sin los pueblos.

Los contenidos expuestos en este documento, se basan en la contribución de los países miembros del ORAS - CONHU, quienes han aportado experiencia y facilitado materiales relacionados con documentos sobre políticas públicas y regulaciones en salud intercultural vigentes.

2 JUSTIFICACIÓN





2 JUSTIFICACIÓN

Los países de la subregión andina utilizan distintas formas para referirse a grupos humanos: en Ecuador se refieren a pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afro y montubio. En Colombia, pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y pueblo rrom (gitano); en Bolivia, naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y afrobolivianos; en Perú, pueblos indígenas andinos y amazónicos, afroperuanos y asiático peruanos⁶; en Chile, pueblos indígenas; en Venezuela, pueblos y comunidades indígenas⁷, quedando por consenso de los países, utilizar en el presente documento, los que el Convenio 169 define como pueblos indígenas y pueblos tribales.

La población de los pueblos indígenas en la subregión se estima en 20 millones, según la OPS; *constituidos principalmente por el pueblo Quechua y Aymara; concentrados en su mayoría en Bolivia, Perú y Ecuador y, en menor grado, en Venezuela, Colombia y Chile*⁸. Asimismo, la Quinta Cumbre de las Américas, refiere que estos pueblos *representan una proporción considerable de la población de algunos países de las Américas, que en algunos casos supera el 60% del total*⁹.

Los estimados de la población afrodescendiente en los censos oficiales¹⁰ muestran que Colombia cuenta con un 10,62% de población afrodescendiente y Ecuador con un 5%. En Bolivia y Perú al no incluir la variable racial/étnica afrodescendiente en los censos nacionales, no presentan cifras oficiales. Censos no oficiales estiman otras cifras: Colombia contaría con un 26% de población afrocolombiana, Ecuador con un 10%, Perú entre 5 - 10% y Bolivia entre el 0.04% y el 1%.

Esta diversidad cultural, es reconocida en las constituciones nacionales, políticas públicas, planes y programas. En el caso de salud se expresa además, en la voluntad de garantizar el derecho fundamental a la salud y acceso a los servicios de calidad a estas poblaciones y en el reconocimiento y respeto a sus prácticas de medicina tradicional, promoviendo la justicia social y la equidad.

La situación de salud y condiciones de vida de los indígenas, afrodescendientes y otros pueblos en la subregión refleja la existencia de grandes desigualdades sociales, particularmente en las dificultades de acceso a los servicios de salud, lo que junto a otros determinantes sociales de la salud se constituye en un reto a ser enfrentado.

⁶ Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento Decreto Supremo 027-2007-PCM. Política 4

⁷ Ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas. Venezuela.

⁸ Reunión regional Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, Quito, Ecuador 22 al 24 de Octubre, 2008. OPS/OMS. Documento de trabajo, septiembre 2008. (pp 5)

⁹ Citado en Revisión Normativa Aplicable en Salud para los Grupos Étnicos. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, Enero 2012.

¹⁰ www.parlamentoandino.org



La OPS/OMS señala que las inequidades existentes repercuten en las condiciones de vida, el estado de salud de los pueblos, y el acceso y cobertura de los servicios de salud en la Región de las Américas; *tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad materna e infantil, desnutrición, enfermedades infecciosas y enfermedades cardiovasculares prevalecen. Se añaden otros retos como las enfermedades crónicas, el consumo de drogas y alcohol, suicidio, infecciones de transmisión sexual y pérdida de influencia de la práctica tradicional de salud*¹¹ .

Ante esta situación las organizaciones indígenas y otros colectivos de la Región, plantean que una de *las causas de esta situación tiene como base primordial al racismo, la exclusión y la discriminación institucionalizada en los Estados, quienes, a pesar de contar con evidencia científica sobre la situación de inequidad de los pueblos indígenas y los esfuerzos en marcha, han encontrado limitaciones para impulsar políticas públicas integrales y efectivas para contrarrestar esta situación de inequidad*¹².

Los pueblos indígenas, y los afrodescendientes han expresado que su situación de salud es producto de un conjunto de determinantes de carácter estructural, que el sector salud por sí sólo no puede abordar. Han manifestado su rechazo al impacto en su calidad de vida ocasionado por la alteración de los ecosistemas, resultado de actividades económicas productivas, cambios climáticos y de otras intervenciones no controladas en sus territorios, que en muchos casos han ocasionado flujos migratorios y pérdidas culturales por asimilaciones a la sociedad global. En este sentido, *las políticas de salud intercultural tienen estrecha relación con la consideración de determinantes socio-ambientales de salud*¹³. Estas impactan en la preservación de las plantas medicinales, en la degradación de los recursos vitales como el agua, bosque y lugares sagrados base importante de los conocimientos y prácticas en salud y en la vida de los diversos pueblos.

El empoderamiento de los pueblos es otro factor relevante para la salud intercultural, los pueblos indígenas se han incorporado como actores sociopolíticos claves, con capacidad para incidir en la política pública. A través de diversos procesos sociales, políticos, históricos y culturales los pueblos indígenas,

¹¹ Reunión regional Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, Quito, Ecuador 22 al 24 de Octubre, 2008. OPS/OMS. Documento de trabajo, septiembre 2008.(pp 11)

¹² Reunión regional Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, Quito, Ecuador 22 al 24 de Octubre, 2008. OPS/OMS. Documento de trabajo, septiembre 2008.

¹³ Política Nacional de Salud Intercultural, Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Documento de Trabajo.



afrodescendientes y otros pueblos, han instado a los Estados a definir políticas institucionales que garanticen el ejercicio de sus derechos en salud y mejoren su calidad de vida; basándose en el conjunto de acuerdos internacionales, declaraciones y convenios, incorporados al ordenamiento jurídico de los países de la subregión andina, particularmente en los dos más importantes: El Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales, adoptado el 27 de Junio de 1989 por la Conferencia General de la OIT¹⁴, al ser ratificado por los países de la subregión andina, se torna vinculante con las legislaciones internas de cada país.

La Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el 2007 no tiene carácter vinculante u obligatorio para los Estados, pero *“representa la elaboración dinámica de normas jurídicas internacionales y refleja el compromiso de los Estados de avanzar en una cierta dirección y de respetar determinados principios”*¹⁵.

De manera conexas al derecho a la salud, los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos tienen derechos colectivos respecto a sus conocimientos y al acceso a los recursos genéticos. También tienen derecho a la participación y la consulta previa, libre e informada en estas materias; derechos señalados tanto en el Convenio 169 de la OIT como en la Declaración de Naciones Unidas.

El mayor desafío actual para los Estados, la cooperación internacional y los pueblos es el cumplimiento de esos estándares en las normas, jurisprudencia y políticas internas de los países. En el marco de derechos en materia de salud, el reconocimiento de las medicinas propias de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos son fundamentos que responden a un cambio paradigmático en la forma de relación que debe ocurrir entre el Estado y estos pueblos.

¹⁴ “Se entiende por tratado, acuerdo o pacto internacional, celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho Internacional Art. 1, letra a) de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.

¹⁵ Los Pueblos Indígenas en sus propias voces. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las cuestiones Indígenas.

3 ENFOQUES





3 ENFOQUES

1. Enfoque de derechos. Todos los países de la subregión reconocen el enfoque de derechos como eje orientador de las políticas públicas. Esto involucra no sólo el bienestar de las personas, sino también su calidad de vida; transformándolos de meros receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que deben ser garantizados por los Estados.

2. Enfoque de determinantes sociales de la salud. Los países de la subregión andina reconocen que la situación de salud está determinada por las condiciones sociales, políticas, ambientales y económicas en que vive la población. Este enfoque de determinantes sociales es fundamental para la generación de políticas públicas en salud intercultural puesto que permite identificar los condicionantes próximos, sobre los que se debe intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros pueblos.

3. Enfoque de interculturalidad. Los países reconocen el enfoque de interculturalidad como trazador de las políticas públicas de salud, entendiéndose como un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje y colaboración entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad; que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas en torno al proceso salud-enfermedad-atención.

Promueve la valoración de la diferencia cultural en salud y la relación entre las culturas con intercambio de saberes en términos de respeto y mutuo reconocimiento.

La interculturalidad, demanda el reconocimiento de la diversidad cultural dentro de sus fronteras por parte del Estado y promueve la creación de espacios en los que las distintas culturas puedan no solo coexistir, sino también respetarse, interactuar, conocerse, encontrarse, crear vínculos, interactuar y comunicarse, a fin de reconocer y aceptar la reciprocidad y aporte de la cultura del otro.

En este sentido la interculturalidad en salud apunta a reconocer y complementar sistemas culturales de salud diferentes, respetando el ámbito de cada uno de ellos, creando condiciones para una relación respetuosa y colaborativa entre los agentes de los diversos sistemas médicos y garantizando el acceso a ambos servicios de salud.



El enfoque intercultural en los planes y programas de salud es una estrategia importante, ya que ofrece servicios con enfoque intercultural, así como también nuevas oportunidades para abordar los problemas específicos de salud que se presentan en pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos. En este proceso la participación de los pueblos es fundamental, se deben generar condiciones para realizar diálogos interculturales, donde se analicen los factores de riesgo y se potencialicen los factores protectores, en medidas de prevención, rehabilitación, control de enfermedades y promoción de la salud.

4. Enfoque de intersectorialidad. Los países reconocen la intersectorialidad como otro enfoque importante en salud intercultural. Los pueblos tienen una visión holística de bienestar o buen vivir, que involucra el acceso a sus tierras y territorios, el cultivo, consumo y elaboración de sus alimentos, hablar sus lenguas, disponer de plantas medicinales, aguas, tierras, vientos, espacios y otros elementos de la naturaleza que son fundamentales para la vida. Materias que no pueden ser abordadas solamente desde el sector salud, sino que por el Estado en su conjunto, a través de una acción intersectorial, interinstitucional, multi e interdisciplinaria, de manera coordinada y sistemática con participación de los pueblos interesados, con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.

4 PROPÓSITO

5 ALCANCE

6 OBJETIVO





4 PROPÓSITO

El propósito de esta política es ofrecer insumos conceptuales y estratégicos que orienten y/o fortalezcan el desarrollo de políticas, planes y programas en salud intercultural en los países andinos; que respondan a las necesidades de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que conviven en la subregión andina, en el marco del respeto a sus derechos individuales y colectivos, que garanticen el acceso a una atención integral y de calidad de acuerdo a su contexto cultural.

5 ALCANCE

Los contenidos de este documento contribuirán a que los países de la subregión andina impulsen el desarrollo y/o fortalezcan las acciones en salud intercultural; y a que velen por el derecho a la salud y el buen vivir o vivir bien de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, a través del desarrollo de lineamientos estratégicos y acciones coordinadas entre ellos.

6 OBJETIVO

El objetivo de esta política es aportar a la superación de las inequidades en salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, contribuyendo a garantizar el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural, fortalecimiento y articulación de sistemas médicos y espacios de concertación social.



7 PRINCIPIOS





» EQUIDAD

La equidad constituye un principio de justicia que se procura con servicios de salud que garanticen el acceso, la oportunidad, disponibilidad y la aceptabilidad de las acciones a fin de que estas sean adecuadas a los perfiles epidemiológicos, necesidades socioculturales y derechos de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos.

» PARTICIPACIÓN

La participación se entiende como el derecho que tienen las personas, comunidades y pueblos de intervenir en las decisiones del Estado en materias que incidan en el ejercicio de sus derechos y en su calidad de vida, como la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, planes y proyectos, poniendo a su disposición los instrumentos necesarios para su ejercicio: información, recursos, procedimientos, en una relación horizontal de trabajo conjunto con los servicios de salud.

» INTEGRALIDAD

El principio de integralidad se refiere a una visión global (holística) de los múltiples aspectos relacionados con la salud: lo espiritual, lo orgánico y el medio ambiente; el individuo, la familia y la comunidad; la protección, prevención, educación, atención y rehabilitación. Se requiere de una intervención intersectorial en aspectos como nutrición, vivienda, saneamiento, educación, empleo, seguridad, protección territorial y acceso a servicios básicos: agua potable, energía, trabajo, transporte, vías, comunicaciones, entre otras.



» CALIDAD

Una atención de calidad en salud intercultural, implica una atención integral, pertinente, oportuna y efectiva, con satisfacción de los usuarios.

» SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad se entiende como acciones que propicien condiciones favorables para la mantención de los procesos en el tiempo. Está relacionada con bases políticas y económicas, donde se asume una corresponsabilidad y trabajo compartido del Estado con instituciones y organizaciones en pos de objetivos acordados.

8 LÍNEAS ESTRATÉGICAS





Para la presente Política se definen seis líneas estratégicas que se basan en el respeto por los derechos humanos y el reconocimiento de necesidades específicas de esta población y que se orientan al fortalecimiento del recurso humano, al reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional o ancestral; al desarrollo de servicios de salud con pertinencia cultural y su articulación con la medicina oficial; a la investigación en salud intercultural; a los sistemas de información y, la transversalización del enfoque intercultural en el marco de los determinantes sociales en los programas de salud.

A. Fortalecimiento del Recurso Humano en enfoque intercultural en salud.

Los países de la subregión andina asumirán el desafío de tomar medidas pertinentes para contar con personal de salud propio de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos; así como también promoverán, intensificarán y ampliarán los programas de sensibilización, formación y capacitación en salud intercultural y derechos colectivos para profesionales y personal que trabaja brindando servicios de salud en zonas con poblaciones indígenas, afrodescendientes y otras poblaciones, que les permita actuar con compromiso y respeto en todos los componentes del sistema de salud (comunitario, técnico, profesional, directivo).

Del mismo modo promoverán la incorporación de la salud intercultural en las mallas de formación de pre y postgrado, especialmente, en las carreras que formen recursos humanos en salud.

B. Reconocimiento, protección y fortalecimiento de la medicina tradicional o ancestral

Los países de la subregión andina tomarán las medidas pertinentes para garantizar el reconocimiento y protección de los conocimientos colectivos, recursos y sabiduría de la medicina tradicional o ancestral, respetando el ejercicio de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos. Propiciando que la implementación de políticas, estrategias, planes y programas se desarrollen con la participación de los propios pueblos.

C. Desarrollo de servicios de salud con pertinencia cultural y articulación entre sistemas médicos.

Los países de la subregión andina realizarán las acciones pertinentes para ofrecer servicios de salud integrales y de calidad con pertinencia cultural, que aseguren acceso y cobertura; que incluyan procedimientos, guías, protocolos, normas y



reglamentos; así como facilitadores interculturales, ajustes de horarios, señalización, materiales y diseños arquitectónicos que respondan a la realidad cultural de las poblaciones.

El personal de salud deberá respetar los sistemas médicos tradicionales o ancestrales, el desarrollo de modelos de atención propios y buscarán articular los servicios con la práctica de la medicina tradicional o ancestral y otros sin pretender integrar las medicinas y sus nosologías; permitiendo así dar respuesta a las necesidades de los pueblos en su contexto cultural y en el territorio que habitan.

Deberán garantizar que la gestión en salud intercultural tenga base en la consulta y participación a través del diálogo intercultural con los pueblos, considerando sus propias dinámicas de organización y participación comunitaria en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes y programas adecuados.

D. Sistemas de información

Los países de la subregión andina tomarán medidas para fortalecer los sistemas de información incluyendo la variable de “pertenencia” o “autoreconocimiento” en todos en los registros estadísticos (encuestas, censos, observatorios, estadísticas vitales) de los servicios de salud, así como la definición de indicadores que permitan identificar los determinantes sociales de la salud, la organización y gestión de los servicios de salud, la situación de salud y el perfil epidemiológico sociocultural de estos pueblos, explorando los criterios de definición más válidos y consistentes acordados con los propios pueblos y desarrollando procesos de capacitación al personal de salud institucional para evitar el subregistro institucional.

Se realizarán procesos para consensuar criterios, procedimientos, metodologías e instrumentos para la recolección, análisis, divulgación y comunicación de datos e información y se contará oportunamente con información para focalizar acciones en problemas prioritarios de salud que afecten a los pueblos.

E. Investigación en Salud Intercultural

Los países de la subregión andina tomarán medidas para estimular la investigación relativa a la salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, la que deberá tener una doble dimensión: multidisciplinaria y participativa. . Se deberá además gestionar la realización de investigaciones por parte de los mismos pueblos sobre la medicina tradicional (conceptos de salud enfermedad, agentes de la medicina tradicional, procedimientos y tratamientos de prevención y atención, uso de plantas medicinales, análisis de la situación de salud desde lo propio y lo occidental o alopático, entre otros).



F. Transversalización del enfoque intercultural en el marco de los determinantes sociales de la salud y de los programas de salud.

Los países de la subregión tomarán medidas para la transversalización del enfoque intercultural en los planes y programas de salud, tanto en ciclo vital como en los programas de prevención, rehabilitación, control de enfermedades y promoción de la salud. Este proceso, intrasectorial, deberá realizarse con la participación de los pueblos, generándose condiciones para realizar un trabajo en equipo y diálogos interculturales, donde se analicen los factores de riesgo y se potencien los factores protectores.



9 IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

10 MONITOREO Y EVALUACIÓN





9

IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los países de la subregión andina, deben acordar comprometerse a la ejecución de esta política con todos y cada uno de sus componentes, adecuándola a sus realidades y, de ser necesario, modificando su marco normativo interno para facilitar su implementación y destinando el financiamiento necesario, oportuno y sostenido, para darle cumplimiento.

10

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La Comisión Andina de Salud Intercultural y el Subcomité de Afrodescendientes, bajo la coordinación del ORAS - CONHU, formulará el Plan de Acción de esta Política Andina, estableciendo indicadores de gestión y resultados.

De este plan derivarán los planes operativos subregionales, los que serán puestos a consideración para aprobación de las Ministras y Ministros de Salud de la subregión andina.

Se contará también con un sistema de monitoreo y evaluación, que proporcione la información necesaria para realizar seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la política.

PARTICIPARON EN LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO

CONSULTORÍA PARA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA

Margarita Sáez Salgado, Consultora

BOLIVIA

Alberto Camaqui Mendoza
Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad
Ministerio de Salud

Iver Fernando Buezo Paredez
Asistente
Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad
Ministerio de Salud

CHILE

Margarita Sáez Salgado
Encargada de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas – Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud

COLOMBIA

Gina Carrioni Denyer
Coordinadora Grupo Asuntos Étnicos y Género
Dirección General de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud y Protección Social

ECUADOR

Myriam del Rocío Conejo Maldonado
Directora Nacional de Salud Intercultural, Derecho y Participación Social en Salud
Ministerio de Salud Pública

PERÚ

Oswaldo Salaverry
Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural
Instituto Nacional de Salud
Ministerio de Salud

VENEZUELA

Yaneth Ypuana
Directora General de Salud Indígena
Ministerio del Poder Popular para la Salud

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Caroline Chang Campos, Secretaria Ejecutiva
Ricardo Cañizares Fuentes, Secretario Adjunto
Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y
Cooperación Internacional

GLOSARIO

➤ CULTURA

Conjunto de maneras de pensar, sentir y hacer en relación con la naturaleza, lo humano y lo espiritual; que cambian, se aprenden y transfieren de una generación a otra.

➤ COSMOVISIÓN

Forma en que las personas miran, sienten, comprenden, interpretan y se relacionan con el mundo, a través de un sistema de conocimientos y de representaciones.

➤ EMPODERAMIENTO

Capacidad de una persona o grupo para relacionarse y enfrentar dentro de un marco de igualdad, horizontalidad y respeto a otros actores sociales, estableciendo diálogos y negociaciones con igualdad de oportunidades.

➤ FACILITADORES INTERCULTURALES

Los facilitadores interculturales son indígenas bilingües, nexo entre la comunidad indígena y el equipo de salud, conductor de procesos que facilitan el cambio del modelo de atención en salud en establecimientos. Apoyan el trabajo de la red asistencial, fortalecen la identidad y la organización de las comunidades y pueblos indígenas, brindan soporte a la relación equipo de salud/paciente; desarrollan actividades de capacitación y sensibilización del equipo de salud en materia de interculturalidad y asesoran y acompañan en procesos de derivación entre sistemas médicos.

➤ PUEBLOS INDÍGENAS

Son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que cualquiera sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas (en base al Convenio 169 de la OIT).

➤ AFRODESCENDIENTES

Los afrodescendientes, corresponden a todos los pueblos y personas descendientes de la diáspora africana en el mundo habiéndoseles denegado históricamente el ejercicio de sus derechos fundamentales. En América Latina, el concepto se refiere a las distintas culturas 'negras' o afroamericanas' que emergieron de los descendientes de africanos, las cuales sobrevivieron a la trata o al comercio esclavista que se dio en el Atlántico desde el siglo XVI hasta el XIX" (Antón, 2010)¹⁶.

➤ SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL O ANCESTRAL

Conjunto de conocimientos, prácticas, tecnologías y especialistas fundamentados en la sabiduría ancestral y comunitaria, organizados sobre una particular cosmovisión del mundo y legitimados por sus propias comunidades.

¹⁶ En: CEPAL Colección Documentos de Proyectos. LC/W.477. Mayo 2012.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bello Á, Hopenhayn M. **Discriminación étnico racial y xenofobia en América Latina y el Caribe**. Serie Políticas Sociales No. 47. CEPAL. Santiago, Chile, 2001.
2. Carrioni, Gina. **“Antropología en Salud”**. En: Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas. Módulo V, OISS, EUROSOCIAL. Marzo, 2008.
3. Cavieres, Yénive. **La Experiencia Internacional en materia de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena. Estudio de derecho comparado en cinco países de América**. Ministerio de Salud, Chile, 2006.
4. Cavieres , Yénive. **Un marco jurídico nacional e internacional propicio para avanzar sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas**. Informe Consultoría Comisión Andina de Salud Intercultural, ORAS CONHU, Documento en edición, 2011.
5. CEPAL. **Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina**. En Panorama Social de América Latina 2007 de la CEPAL. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf.
6. CEPAL/UNICEF. **Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina**. CEPAL Colección Documentos de Proyectos. LC/W.477. Mayo 2012.
7. CEPAL. Seminario: **Pueblos Indígenas y afro descendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información socio demográfica para políticas públicas**. Santiago, Chile, 2005.
8. Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre **Salud Sexual y reproductiva Intercultural: Por la Reducción de las Muertes Maternas en Mujeres Indígenas**, Lima, Perú, Junio 2011.
9. Ley N° 691. Reglamenta la participación de los Grupos Etnicos en el Sistema General de Seguridad Social. República de Colombia, Sep. 2001.
9. **Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas**. República Bolivariana de Venezuela. www.gobiernoenlinea.gob.ve
10. Ley N° 459. **Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. 19 de Diciembre de 2013. República de Bolivia**.



11. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Viceministerio de Tradicional e Interculturalidad. **Lineamientos Estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Salud.** Serie Documentos Técnico Normativos N° 283. La Paz, Bolivia. 2012.
12. Ministerio de Salud de Chile. **Política de Salud y Pueblos Indígenas.** Santiago, Chile. 2006.
13. Ministerio de Salud de Chile. **Serie de Estudios de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile.** Chile. 2006 al 2013.
14. Ministerio de Salud de Chile. Norma N° 16 **Interculturalidad en los Servicios de Salud.** Resolución Exenta N° 261, Chile, 2006.
15. Ministerio de Salud y Protección Social/OPS. **Insumos para la Conceptualización y Discusión de una Política de Protección Social en Salud para los Grupos Étnicos de Colombia.** Bogotá, Colombia, Septiembre, 2004.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. **Revisión Normativa Aplicable en Salud para los Grupos Étnicos.** Colombia, Enero 2012.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. **La Adecuación Sociocultural y Técnica de los Programas de Salud Pública Ofertados a los Grupos Étnicos.** Colombia, Enero 2012.
18. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Política Nacional de Salud Intercultural. Documento de Trabajo. Ecuador, Enero, 2014.
19. Ministerio de Salud de Perú. **Política Sectorial de Salud Intercultural.** Norma en Consulta Previa. 2014.
20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. **Salud Indígena en Venezuela.** Vol I, Caracas, Venezuela, 2007.
Ministerio de Salud Pública/BID. **Guía para la adecuación Cultural de los Servicios de Salud.** Colombia, 2006.
21. OIT. **Convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.** 1989.
22. ONU **Los Pueblos Indígenas en sus propias voces.** Foro Permanente de las Naciones Unidas para las cuestiones Indígenas.
http://www.un.org/es/events/indigenousanday/pdf/indigenous_advances_sp.pdf



23. ONU. **Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.** Resolución Asamblea General 61/295. Septiembre, 2007
24. OPS/OMS. **Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.** Resolución CD37.R5, 1993.
25. OPS/OMS y Ministerio de Salud de Chile. Memoria **Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud.** Ed. y sistematización: Sáez, M. y Jélves, I., Comuna de Saavedra, Chile, Noviembre 1996.
26. OPS/OMS. **Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas.** Informe de Puerto Varas, Región de Los Lagos, 13 al 15 de Noviembre del 2000. Ed. Ministerio de Salud Chile y Organización Panamericana de la Salud. Santiago, Chile, 2001.
27. OPS/OMS. **La salud de la población indígena de las Américas.** Resolución de la 138.A Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 23 de Junio, 2008.
28. OPS/OMS. **Reunión regional Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas,** Quito, Ecuador 22 al 24 de Octubre, 2008. OPS/OMS. Documento de trabajo, Septiembre 2008.
29. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXVI en Santiago, Chile, Marzo 2005.
30. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXVII/417 en Bogotá, Colombia, marzo 2006.
31. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXVIII/432, en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, marzo 2007.
32. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXX/456, Lima, Perú, 31 marzo, 2009.
33. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, Lima, diciembre 2011.
34. ORAS/CONHU. Política Andina: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente. Resolución REMSAA XXXIII/478, 2013.



35. ORAS/CONHU. Resolución REMSAA XXXIV/490 Galápagos, Ecuador, 2014.
36. Sáez, Margarita. **“Protección en Salud a Pueblos Indígenas e Interculturalidad”**. En: Interculturalidad y Extensión de la Cobertura de Protección Social en Salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas. Módulo IX, OISS, EUROSOCIAL. marzo, 2008.
37. Salaverry, Oswaldo. **Interculturalidad en Salud**. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 27(1) 80-93, 2010.
38. Secretaria de Salud México. **Fortalecimiento y Relación Intercultural con la Medicina Tradicional: Manual para el personal de salud**. Dirección de Medicina Tradicional y desarrollo Intercultural. México, Octubre, 2003.
39. UNFPA. MSP. **Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir**. Ediciones Abya-Yala, Ecuador, junio 2010.
40. UNFPA/FCI. Memoria de Reunión Técnica: **Tranversalización del Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna**. Quito, 23 y 24 de Septiembre de 2010. Ecuador, Noviembre 2010.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República 3832 3er piso. Lima 27 Perú

Central Telefónica (511) 422 6862, 611 3700

www.orasconhu.org